

Ogólne warunki umowy dodatkowej
do ubezpieczeń: Nowa Perspektywa
i Kapitalna Przyszłość

Ubezpieczenie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Na Wypadek



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW „NA WYPADEK” (WY/NPER/2/2008)

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawieranych jako uzupełnienie umów ubezpieczenia na życie zawartych lub zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. na podstawie *Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego – Nowa Perspektywa* albo *Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Inwestycyjnego Kapitalna Przyszłość*.

§ 1. DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia, wniosku o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia na ich podstawie, dokumencie potwierdzającym jej zawarcie oraz w innych pismach i oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
 - 1) **dodatkowa umowa ubezpieczenia lub umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia; wyróżnia się następujące rodzaje tych umów:
 - a) pierwsza dodatkowa umowa ubezpieczenia, która jest zawierana w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty jej zawarcia oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo,
 - b) kolejna dodatkowa umowa ubezpieczenia, która jest zawierana w trybie złożenia przez Towarzystwo oferty jej zawarcia oraz przyjęcia tej oferty przez ubezpieczającego;
 - 2) **działalność zarobkowa** – działalność ubezpieczonego nakierowana na osiągnięcie przychodu, wykonywana w szczególności na podstawie umowy o pracę, jakiegokolwiek innej umowy lub w ramach wolnego zawodu;
 - 3) **dzień pobytu w szpitalu** – każdy dzień kalendarzowy, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu, niezależnie od tego, jaką część dnia trwał ten pobyt, przy czym pierwszym dniem pobytu jest dzień rejestracji, a ostatnim dzień wypisu ze szpitala;
 - 4) **główna umowa ubezpieczenia lub umowa główna** – umowa ubezpieczenia zawarta lub zawierana na podstawie ogólnych warunków wymienionych na wstępie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;
 - 5) **koszty rehabilitacji ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku** – niezbędne z medycznego punktu widzenia koszty prowadzonego pod kontrolą lekarza

procesu leczniczego, mającego na celu uzyskanie przez ubezpieczonego optymalnego poziomu funkcjonowania utraconych w wyniku nieszczęśliwego wypadku czynności uszkodzonego narządu lub narządów, realizowanego metodami kinezyterapii, fizykoterapii, farmakoterapii oraz koszty zaopatrzenia ortopedycznego (z wyłączeniem kosztów protez ortopedycznych). Koszty rehabilitacji obejmują koszty poniesione przez ubezpieczonego w ciągu 12 (dwunastu) miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku. Do kosztów rehabilitacji nie należą koszty jakichkolwiek badań wykonanych w czasie leczenia;

- 6) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane zewnętrzną przyczyną niemającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu ubezpieczonego, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli ubezpieczonego;
- 7) **niezdolność ubezpieczonego do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku** – całkowita niezdolność ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej powstała wskutek nieszczęśliwego wypadku, która rozpoczęła się w terminie 36 (trzydziestu sześciu) miesięcy od daty tego nieszczęśliwego wypadku, trwała nieprzerwanie 12 (dwanaście) miesięcy i po tym okresie ma charakter trwały i nieodwracalny;
- 8) **pobyt ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku** – pobyt ubezpieczonego w szpitalu, będący następstwem nieszczęśliwego wypadku, który rozpoczął się w terminie 12 (dwunastu) miesięcy od daty tego nieszczęśliwego wypadku, trwał nieprzerwanie dłużej niż 3 (trzy) dni i którego celem było leczenie uzasadnione stanem zdrowia ubezpieczonego;
- 9) **szpital** – zakład opieki zdrowotnej świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, w tym także leczenia chirurgicznego; szpitalem w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia nie jest jednak dom opieki dla przewlekłe chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień polekowych, alkoholowych lub narkotykowych, ani zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, ośrodki rehabilitacyjne, sanatoryjne lub wypoczynkowe;
- 10) **śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku** – śmierć ubezpieczonego będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła nie później niż w terminie 180 (stu osiemdziesięciu) dni od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 11) **trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku** – wszelkiego rodzaju utrwalone dolegliwości, zmniejszenie sprawności poszczególnych narządów lub organów, brak części organizmu oraz wszelkie

zaburzenia czynności całego organizmu w wyniku ubytków morfologicznych lub zaburzeń budowy – będące następstwem nieszczęśliwego wypadku i powstałe w terminie 12 (dwunastu) miesięcy od daty tego nieszczęśliwego wypadku;

- 12) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, której zdrowia dotyczy dodatkowa umowa ubezpieczenia;
 - 13) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;
 - 14) **zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
 - a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy
 - lub
 - b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy
 - lub
 - c) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych;
 - 15) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – uwzględnione w zakresie ubezpieczenia dodatkowej umowy ubezpieczenia: śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, trwałe uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, niezdolność ubezpieczonego do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku, pobyt ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, koszty rehabilitacji ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Wszelkie pojęcia inne niż wymienione w ustępie poprzedzającym są stosowane w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez ogólne warunki ubezpieczenia, na podstawie których została zawarta lub jest zawierana główna umowa ubezpieczenia.

§ 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków w życiu ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia w dodatkowej umowie ubezpieczenia zawartej w wersji standardowej może objąć następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - 1) Wariant I:
 - a) śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - b) trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) Wariant II:
 - a) śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - b) trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - c) niezdolność ubezpieczonego do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) Wariant III:
 - a) śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - b) trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - c) pobyt ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) Wariant IV:
 - a) śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - b) trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - c) niezdolność ubezpieczonego do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - d) pobyt ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - e) koszty rehabilitacji ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
3. Zakres ubezpieczenia w dodatkowej umowie ubezpieczenia zawartej w wersji dla dzieci może objąć następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - 1) Wariant I:
 - a) śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - b) trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) Wariant II:
 - a) śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - b) trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,

- c) pobyt ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
- 3) Wariant III:
- a) śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - b) trwałe uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - c) pobyt ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - d) koszty rehabilitacji ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
4. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty:
- 1) w razie śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci;
 - 2) w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – świadczenia ubezpieczeniowego równego iloczynowi sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz:
 - a) w proporcjonalnym systemie wypłaty świadczeń – wysokości procentowego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego orzeczonego na podstawie *Tabeli procentowego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku*,
 - b) w progresywnym systemie wypłaty świadczeń – wysokości procentowego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego orzeczonego na podstawie *Tabeli procentowego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku* oraz wskaźnika progresji, który zależy od orzeczonego uszczerbku na zdrowiu i wynosi odpowiednio:
 - 1,0 – dla uszczerbków na zdrowiu niższych niż 26 proc. (dwadzieścia sześć procent),
 - 1,5 – dla uszczerbków na zdrowiu równych lub wyższych niż 26 proc. (dwadzieścia sześć procent), ale niższych niż 46 proc. (czterdzieści sześć procent),
 - 2,0 – dla uszczerbków na zdrowiu równych lub wyższych niż 46 proc. (czterdzieści sześć procent), ale niższych niż 66 proc. (sześćdziesiąt sześć procent),
 - 2,5 – dla uszczerbków na zdrowiu równych lub wyższych niż 66 proc. (sześćdziesiąt sześć procent), ale niższych niż 86 proc. (osiemdziesiąt sześć procent),
 - 3,0 – dla uszczerbków na zdrowiu równych lub wyższych niż 86 proc. (osiemdziesiąt sześć procent), ale nie wyższych niż 100 proc. (sto procent);
 - 3) w razie niezdolności ubezpieczonego do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku – świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy;

- 4) w razie pobytu ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku – świadczenia ubezpieczeniowego za każdy dzień pobytu w szpitalu, nie więcej jednak niż za 120 (sto dwadzieścia) dni; świadczenie ubezpieczeniowe jest równe iloczynowi liczby dni pobytu w szpitalu oraz dziennego świadczenia w wysokości:
 - a) 0,2 proc. (0,2 procent) sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku – za każdy dzień pobytu w szpitalu od 1 (pierwszego) do 30 (trzydziestego) dnia,
 - b) 0,15 proc. (0,15 procent) sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku – za każdy dzień pobytu w szpitalu od 31 (trzydziestego pierwszego) do 60 (sześćdziesiątego) dnia,
 - c) 0,1 proc. (0,1 procent) sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku – za każdy dzień pobytu w szpitalu od 61 (sześćdziesiątego pierwszego) do 120 (sto dwudziestego) dnia;
- 5) w razie poniesienia kosztów rehabilitacji ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości stanowiącej równowartość poniesionych przez ubezpieczonego kosztów jego rehabilitacji, udokumentowanych oryginałami rachunków, jednak łącznie nie więcej niż 10 proc. (dziesięć procent) sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.

§ 3.

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub jego następstwa miały miejsce:
 - 1) w związku ze spożyciem przez ubezpieczonego alkoholu, nie zaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy,
 - 2) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał ubezpieczony, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego koncesjonowanych linii lotniczych,
 - 3) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa lub jako bezpośredni lub pośredni rezultat aktów terroryzmu, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek albo jako bezpośredni lub pośredni rezultat świadomego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w innych niż wskazane powyżej aktach przemocy, chyba że udział ubezpieczonego w tych aktach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - 4) w związku z udziałem ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawianiem sportów spadochronowych,

lotniczych, motorowodnych, motorowych, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, skoków na linie (bungee jumping) albo w wyniku wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportów przez ubezpieczonego.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności, o które pytało przed zawarciem pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, a które podano do jego wiadomości niezgodnie z prawdą. Towarzystwo może podnieść ten zarzut również po upływie 3 (trzech) lat od zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności, o których nie zostało poinformowane zgodnie z § 9 ust. 1 i 2 albo które podano do jego wiadomości niezgodnie z prawdą.
4. W tym samym czasie ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową wyłącznie na podstawie jednej dodatkowej umowy ubezpieczenia zawartej na jego rachunek. Jeżeli na jego rachunek zawarto więcej dodatkowych umów ubezpieczenia, wówczas odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych, które nastąpiły w czasie ochrony ubezpieczeniowej równocześnie udzielanej z tytułu tych umów, jest ograniczona do zapłaty świadczeń ubezpieczeniowych wyłącznie na podstawie tej umowy, która została wskazana przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego. Towarzystwo zwraca składkę ubezpieczeniową zapłaconą z tytułu pozostałych dodatkowych umów ubezpieczenia.

§ 4.

ZAWARCIE DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana odrębnie na rachunek każdego ubezpieczonego. Ubezpieczonymi w dodatkowej umowie ubezpieczenia mogą być:
 - 1) ubezpieczony w głównej umowie ubezpieczenia,
 - 2) ubezpieczony w dodatkowej umowie ubezpieczenia zawartej lub zawieranej na podstawie *Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Terminowego Ubezpieczenia na Życie*.
2. Pierwsza dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo. Oferta może zostać złożona łącznie z wnioskiem ubezpieczeniowym o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia lub w trakcie jej trwania. Jeżeli Towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną jednocześnie z wnioskiem ubezpieczeniowym o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia, dodatkową umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą zawarcia głównej umowy ubezpieczenia. Jeżeli Towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną później niż oferta zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, dodatkową umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą doręczenia ubezpieczającemu polisy. Do zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie nieuregulowanym powyżej stosuje się postanowienia dotyczące zawarcia głównej umowy ubezpieczenia.

3. Kolejna dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez Towarzystwo oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez ubezpieczającego. Jeżeli Towarzystwo złoży taką ofertę, wówczas do zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia stosuje się postanowienia głównej umowy ubezpieczenia – odpowiednio w zakresie propozycji Towarzystwa dotyczącej zmiany wysokości sumy ubezpieczenia lub składki, a składanej ubezpieczającemu przed rocznicą ubezpieczenia.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w wersji standardowej albo w wersji dla dzieci.
5. Dodatkowa umowa ubezpieczenia w wersji standardowej może zostać zawarta w jednym z wariantów wskazanych w § 2 ust. 2 oraz z proporcjonalnym albo progresywnym systemem wypłaty świadczeń z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.
6. Dodatkowa umowa ubezpieczenia w wersji dla dzieci może zostać zawarta w jednym z wariantów wskazanych w § 2 ust. 3 oraz wyłącznie z proporcjonalnym systemem wypłaty świadczeń z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.

§ 5. OKRES UBEZPIECZENIA

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na czas określony. Pierwszy i ostatni dzień okresu ubezpieczenia są wskazane w dokumencie ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres do dnia poprzedzającego pierwszą rocznicę ubezpieczenia następującą po zawarciu umowy. W przypadku pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia zawieranej na podstawie oferty ubezpieczającego złożonej w czasie trwania głównej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo może przedłużyć ten okres o rok, to znaczy do dnia poprzedzającego 2 (drugą) rocznicę ubezpieczenia następującą po zawarciu dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. Ochrona ubezpieczeniowa przysługuje ubezpieczonemu w okresie ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od następnego dnia po zapłaceniu składki ubezpieczeniowej i nie dłużej niż do rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 7 ust. 3.

§ 6. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Wariant ubezpieczenia, wysokość sum ubezpieczenia, system wypłaty świadczeń w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, a także wersja dodatkowej umowy ubezpieczenia są wskazane w dokumencie ubezpieczenia. *Tabela procentowego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku* jest dostępna w Towarzystwie oraz na stronie internetowej Towarzystwa.
2. Składając ofertę zawarcia kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo może proponować zmianę parametrów wskazanych w ust. 1, w szczególności zmianę wysokości sum ubezpieczenia.

§ 7. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Ubezpieczający jest zobowiązany opłacać składkę regularną z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w wysokości oraz terminach wskazanych w dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki ubezpieczeniowej jest ustalana na podstawie sum ubezpieczenia, wariantu ubezpieczenia, systemu wypłaty świadczeń w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu, a także obowiązującej taryfy składek oraz częstotliwości opłacania składki. Taryfa składek jest wybierana w zależności od wersji dodatkowej umowy ubezpieczenia – na podstawie płci, wieku i innych szczegółowych informacji dotyczących ubezpieczonego.
3. W razie rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia z przyczyn innych niż zakończenie okresu ubezpieczenia, Towarzystwo ustala wysokość wpłaconej składki podlegającej zwrotowi za niewykorzystany okres ubezpieczenia – proporcjonalnie do tego okresu. Ustalenie to następuje do dnia wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci ubezpieczonego lub ubezpieczonego w głównej umowie ubezpieczenia. W pozostałych przypadkach ustalenie to następuje do dnia rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia i z chwilą tego ustalenia wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, o ile wygaśnięcie nie nastąpiło wcześniej.
4. W razie rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia, składkę wskazaną w ust. 3 rozlicza się zgodnie z postanowieniami głównej umowy ubezpieczenia dotyczącymi rozliczania wpłat i zwraca się jednocześnie z wypłatą wartości wykupu albo z wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego w głównej umowie ubezpieczenia – o ile wcześniej zostały opłacone wszystkie składki regularne należne tytułem wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia stanowiących uzupełnienie głównej umowy ubezpieczenia.
5. Jeżeli główna umowa ubezpieczenia nie ulega rozwiązaniu, wówczas składkę wskazaną w ust. 3 rozlicza się zgodnie z postanowieniami głównej umowy ubezpieczenia dotyczącymi rozliczania wpłat, a następnie – jeżeli zostały opłacone wszystkie składki regularne należne tytułem umowy ubezpieczenia – pozostałą nadpłaconą jej część zwraca się ubezpieczającemu na jego wniosek.

§ 8. USTALENIE WYSOKOŚCI I WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Rodzaj i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego ustala się po stwierdzeniu związku przyczynowego pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną ubezpieczeniową Towarzystwa.
2. Ustalając wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci obowiązującą w dniu śmierci ubezpieczonego, o ile nieszczęśliwy

wypadek oraz śmierć ubezpieczonego nastąpiły w czasie trwania tej samej dodatkowej umowy ubezpieczenia. W każdym innym przypadku uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia, która obowiązywała w ostatnim dniu tej dodatkowej umowy ubezpieczenia, w czasie trwania której nastąpił nieszczęśliwy wypadek.

3. Ustalając wysokość świadczenia ubezpieczeniowego innego niż wskazane w ust. 2, uwzględnia się wysokość odpowiedniej sumy ubezpieczenia obowiązującą w dniu nieszczęśliwego wypadku.
4. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku ustala się na podstawie *Tabeli procentowego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku* obowiązującej w dniu nieszczęśliwego wypadku.
5. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące ubezpieczonego i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. W celu obiektywnego ustalenia stanu zdrowia ubezpieczonego Towarzystwo może wymagać, aby ubezpieczony poddał się badaniom diagnostycznym i lekarskim, które zostaną wykonane na koszt Towarzystwa i przez wyznaczonego lekarza.
6. Oceny trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku dokonują lekarze wskazani przez Towarzystwo.
7. Jeżeli wskutek tego samego nieszczęśliwego wypadku wystąpił więcej niż jeden rodzaj uszczerbku, wówczas świadczenia ubezpieczeniowe w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku sumuje się, z tym, że łącznie Towarzystwo wypłaci nie więcej niż świadczenie ubezpieczeniowe odpowiadające 100 proc. (stu procentom) uszczerbku.
8. W razie utraty lub uszkodzenia narządu albo układu, których funkcje przed nieszczęśliwym wypadkiem objętym ochroną ubezpieczeniową były już dotknięte trwałym uszczerbkiem – w szczególności powstałym na skutek innego zdarzenia, choroby lub wady wrodzonej – stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się wówczas jako różnicę pomiędzy stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu po nieszczęśliwym wypadku a stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu przed tym wypadkiem. Jeżeli uszczerbek na zdrowiu dotyczy narządu lub układu, których funkcje były już dotknięte trwałym uszczerbkiem, w związku z którym Towarzystwo wypłaciło świadczenie ubezpieczeniowe, wówczas przyjmuje się, że stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu stanowi różnicę pomiędzy stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu po nieszczęśliwym wypadku a stopniem trwałego uszczerbku, za który wypłacono świadczenie. Jeżeli nie jest możliwe określenie, w jakim stopniu funkcje narządu albo układu były naruszone przed nieszczęśliwym wypadkiem, przyjmuje się, że wcześniejszy uszczerbek na zdrowiu nie istniał.
9. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku powinien być ustalany po

zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem zalecanego przez lekarza leczenia usprawniającego, jednak nie wcześniej niż po upływie 3 (trzech) miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku i nie później niż po upływie 24 (dwudziestu czterech) miesięcy od tego dnia. Późniejsza zmiana stopnia uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.

10. Jeżeli zgodnie z opinią lekarza wskazanego przez Towarzystwo okres leczenia będzie dłuższy niż 12 (dwanaście) miesięcy, wówczas ubezpieczony może po upływie 6 (sześciu) miesięcy leczenia złożyć wniosek o wcześniejszą wypłatę bezspornej części świadczenia w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, która zgodnie z przewidywaniami Towarzystwa będzie należna po całkowitym zakończeniu leczenia. Przewidywaną wysokość minimalnego świadczenia, o którym mowa powyżej, określa się na podstawie przedstawionych przez ubezpieczonego dokumentów oraz ustaleń lekarza wskazanego przez Towarzystwo. W razie wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego zgodnie z zasadami określonymi w zdaniach poprzedzających stosuje się postanowienia ust. 13.
11. W razie kolejnych pobytów ubezpieczonego w szpitalu spowodowanych tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie pobytu ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku oblicza się na podstawie sumy dni jego pobytów w szpitalu.
12. łączna kwota wszystkich świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu kosztów rehabilitacji ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – wypłacanych w związku z nieszczęśliwymi wypadkami, które nastąpiły w czasie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej tytułem tej samej dodatkowej umowy ubezpieczenia – nie może być wyższa niż 10 proc. (dziesięć procent) sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu obowiązującej dla tej umowy.
13. Jeżeli wypłacono świadczenie ubezpieczeniowe w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, pobytu ubezpieczonego w szpitalu lub kosztów rehabilitacji ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, a następnie ubezpieczony zmarł wskutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, to świadczenie w razie śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku wypłaca się tylko wtedy, gdy jest ono wyższe od sumy świadczeń ubezpieczeniowych wypłaconych z wyżej wymienionych tytułów. W tej sytuacji świadczenie ubezpieczeniowe w razie śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku jest równe różnicy pomiędzy sumą ubezpieczenia z tytułu śmierci a sumą uprzednio wypłaconych świadczeń.
14. Jeżeli został ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, a ubezpieczony zmarł przed otrzymaniem świadczenia ubezpieczeniowego z tego tytułu z przyczyn związanych z tym wypadkiem, wówczas wypłaca się wyłącznie świadczenie ubezpieczeniowe w razie śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.

15. Jeżeli wskutek tego samego nieszczęśliwego wypadku przysługuje świadczenie w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, pobytu ubezpieczonego w szpitalu oraz kosztów rehabilitacji ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, wówczas odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do maksymalnej wysokości świadczenia, jakie może zostać wypłacone w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
16. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku jest wypłacane osobom, które w ramach odpowiednio głównej umowy ubezpieczenia albo umowy wskazanej w § 4 ust. 1 pkt 2 są uprawnione do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego. Pozostałe świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane ubezpieczonemu.
17. Wszystkie świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane w złotych polskich. Jeżeli ubezpieczony poniósł koszty rehabilitacji w walucie obcej, kwoty wskazane w przedstawionych przez niego rachunkach są przeliczane na złote polskie według średniego kursu walut obcych tabeli Narodowego Banku Polskiego z dnia poniesienia przez ubezpieczonego tych kosztów.
18. Do wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych stosuje się odpowiednio postanowienia głównej umowy ubezpieczenia, z tym że termin na wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego wynosi 30 dni od otrzymania zawiadomienia o śmierci ubezpieczonego.

§ 9.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO ORAZ ZMIANA RYZYKA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Ubezpieczający i ubezpieczony są zobowiązani niezwłocznie informować Towarzystwo o rozpoczęciu, podjęciu dodatkowej lub zmianie działalności zarobkowej ubezpieczonego oraz o rozpoczęciu przez niego zawodowego uprawiania sportów.
2. Z dniem rozpoczęcia przez ubezpieczonego zawodowego uprawiania sportów wygasa ochrona ubezpieczeniowa, a dodatkowa umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z końcem ostatniego dnia miesiąca ubezpieczenia bezpośrednio następującego po miesiącu ubezpieczenia, w którym Towarzystwo otrzymało stosowne oświadczenie, o czym ubezpieczający jest informowany w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania przez Towarzystwo tego oświadczenia.
3. Jeżeli rozpoczęcie, podjęcie dodatkowej lub zmiana działalności zarobkowej ubezpieczonego mają wpływ na zmianę prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, wówczas Towarzystwo uwzględni ten fakt w swojej ofercie zawarcia kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 10.

ROZWIĄZANIE I ODSTĄPIENIE OD DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może odstąpić od dodatkowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia dotyczące odstąpienia od głównej umowy ubezpieczenia stosuje się odpowiednio. Odstąpienie od głównej umowy ubezpieczenia jest równoznaczne z odstąpieniem od dodatkowej umowy ubezpieczenia. Odstąpienie od dodatkowej umowy ubezpieczenia wskazanej w § 4 ust. 1 pkt 2 jest równoznaczne z odstąpieniem od dodatkowej umowy ubezpieczenia zawartej na rachunek tego samego ubezpieczonego.
2. Poza przypadkami odrębnie wskazanymi w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia lub wynikającymi z przepisów prawa, dodatkowa umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących przypadkach i terminach:
 - 1) z końcem ostatniego dnia miesiąca ubezpieczenia bezpośrednio następującego po miesiącu ubezpieczenia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy,
 - 2) z końcem ostatniego dnia okresu ubezpieczenia,
 - 3) z chwilą śmierci ubezpieczonego,
 - 4) jeżeli inna dodatkowa umowa ubezpieczenia stanowiąca uzupełnienie głównej umowy ubezpieczenia tak stanowi – z dniem wskazanym w ogólnych warunkach ubezpieczenia tej umowy,
 - 5) z dniem przekształcenia głównej umowy ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego,
 - 6) z dniem rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia wskazanej w § 4 ust. 1 pkt 2 zawartej na rachunek tego samego ubezpieczonego,
 - 7) z dniem rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia.

§ 11.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia stosuje się postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia, na podstawie których została zawarta lub jest zawierana główna umowa ubezpieczenia.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z 12 sierpnia 2008 roku i weszły w życie 10 października 2008 roku.

1 czerwca 2009 r. Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. zmieniło nazwę na Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Spis treści

§ 1. Definicje	1
§ 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	4
§ 3. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa	6
§ 4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia	7
§ 5. Okres ubezpieczenia	8
§ 6. Świadczenie ubezpieczeniowe	8
§ 7. Składka ubezpieczeniowa	9
§ 8. Ustalenie wysokości i wypłata świadczenia ubezpieczeniowego	9
§ 9. Obowiązki ubezpieczającego i ubezpieczonego oraz zmiana ryzyka ubezpieczeniowego	12
§ 10. Rozwiązanie i odstąpienie od dodatkowej umowy ubezpieczenia	13
§ 11. Postanowienia końcowe	13



Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA

ul. Prosta 70, 00-838 Warszawa
infolinia: 0 801 888 444, tel. (+48 22) 557 44 44
e-mail: bok@aviva.pl, www.aviva.pl